UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 89

LA HERNIE de L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1962

PAR

HERVÉ LECOQ-JAMMES

Membres du Jury

MM.	VIRENQUE	Président
	SOREL	
	BARDIER	Assesseurs
	PASQUIÉ	
	BESSOU	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. LAZORTHES
1er ASSESSEUR :	BLANC
2e ASSESSEUR :	N...
DOYENS HONORAIRES :	GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER.
PROFESSEURS HONORAIRES :	RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE, DELAS, RISER, SOULA.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL
Clinique médicale	GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	FABRE Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique	GERAUD
Clinique obstétricale	GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT Henri
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique rhumatologique	RUFFIE René
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER
Anatomie	LAZORTHES
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE Jacques
Bactériologie, hygiène et Médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY Jean
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Médecine sociale	BOUNHOURE
Parasitologie	BOUISSET
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physico-chimie	AUVERGNAT
Physiologie	LAPORTE Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Propédeutique médicale	N...
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE Jacques
Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	MM.	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale		BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	BASTIDE
Anatomie pathologique	BOUISSOU
Anesthésiologie	LARENG
Carcinologie	ESTRADE
Histologie et embryologie	PLANEL
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX
Parasitologie	RUFFIE Jacques
Pathologie expérimentale	GLEIZES
Physiologie	MONTASTRUC
Physiologie	BESSOU
Physique médicale	COMMANAY

AGREGES

Médecine générale	MONNIER
d°	RIBAUT
d°	DELAUDE
d°	CALAZEL
d°	RASCOL
Chirurgie générale	ENJALBERT
d°	FICAT
d°	PASQUIE
d°	SOUQUET
d°	SARRAZIN
Dermatologie et syphiligraphie	DUPRE
Hydrologie	DENARD
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Obstétrique	ESPAGNO
Odontostomatologie	N...
Pédiâtrie	BARDIER

AGREGES LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATI
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle	MM.	BOURBON
Chimie pharmaceutique		BLANC
Matière médicale		VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie		CAUJOLLE
Pharmacie galénique		STANISLAS
Zoologie		ROUX

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme	CAUJOLLE

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	MM.	BREUILLAUD
Sciences physiques		PITET
Toxicologie		BROUSSY Georges

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	ROCHE
Secrétaire	BERRUT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1962 N° 89

LA HERNIE de L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1962

PAR

HERVÉ LECOQ-JAMMES

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Membres du Jury

MM. VIRENQUE — Président
SOREL
BARDIER — Assesseurs
PASQUIÉ
BESSOU — Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546525_0067

LA HERNIE de L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

A LA MEMOIRE DE MON PERE

le Docteur Alain-Marie LECOQ

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES PARENTS

A MES ANCIENS MAITRES

de la Faculté de Médecine de Toulouse

Meis et amicis.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique de Chirurgie Infantile
et Orthopédie

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a accueilli dans son service et nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous l'en remercions bien respectueusement.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile
et de Puériculture

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur BARDIER

Professeur Agrégé de Pédiâtrie

Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur PASQUIE

Professeur Agrégé de Chirurgie Générale

Monsieur le Docteur BESSOU

Maître de Conférence

Agrégé de Physiologie

A Monsieur le Docteur Jacques GAUBERT

Chirurgien Assistant des Hôpitaux

Il a bien voulu nous confier ce sujet de Thèse et nous guider par ses conseils.

Qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements.

LA HERNIE de L'OVAIRE CHEZ L'ENFANT

- Introduction
- Historique
- Rappel embryologique
- Rappel anatomique
- Pathogénie
- Anatomie pathologique
- Diagnostic clinique
- Thérapeutique
- Conclusion
- Observations
- Bibliographie

INTRODUCTION

La hernie de l'ovaire est un terme consacré par l'usage.

En fait, comme nous le découvrirons progressivement au cours de cette étude, le mécanisme pathogénique aussi bien que les constatations opératoires sont plutôt en faveur du terme d'ectopie, celle-ci étant le plus souvent isolée, mais quelquefois associée à une hernie inguinale banale.

Au cours de cette ectopie, l'ovaire et ses annexes entraînent avec eux, à travers et au-delà du canal inguinal, un sac péritonéal à la paroi duquel ils adhèrent très souvent.

Nous conserverons néanmoins le terme de hernie de l'ovaire puisque c'est celui que nous avons trouvé dans la plupart des publications que nous avons consultées.

HISTORIQUE

Depuis la première observation par SORANUS d'EPHESE en 97 avant Jésus-Christ, jusqu'en 1813, année où DENEUX en publie la première étude chez l'adulte, la hernie de l'ovaire ne semble guère avoir intéressé les médecins.

Cependant, GUERSANT pratique en 1851 la première intervention chirurgicale, chez l'adulte toujours.

PUECH, en 1870, présente pour la première fois deux cas de hernie de l'ovaire chez l'enfant, sur un total de 45 cas.

MAYER et TEMPLETON, en 1941, relèvent 195 cas dans la littérature, depuis le siècle dernier.

La statistique la plus étendue est celle de WATson en 1946, avec 686 cas de hernie de l'ovaire, de la trompe, de l'utérus, dont 180 chez l'enfant de moins de un an.

En 1950, BECK présente un cas de hernie de l'ovaire associée à des malformations génito-urinaires.

PESSEREAU en 1956, publie une étude sur les hernies des organes génitaux internes féminins.

La même année, Madame MESNARD soutient à PARIS sa thèse sur l'ectopie de l'ovaire et de la trompe chez le nourrisson.

En 1958, MADERNA réunit, dans la littérature entre 1840 et 1957, 126 cas de hernie de l'ovaire chez l'enfant.

MASSOT et MATHON présentent en 1959 une étude portant sur 53 cas.

Enfin, en 1961, HUET étudie ce sujet dans sa thèse et BOUREAU propose une nouvelle technique de cure chirurgicale.

RAPPEL EMBRYOLOGIQUE

Au moment où la différenciation sexuelle va se dessiner, c'est-à-dire entre le 2ème et le 3ème mois de la vie intra-utérine, l'appareil génital se présente ainsi :

Les mesonephros ou corps de Wolf qui font suite aux pronephros sont deux masses prismatiques situées en arrière du coeur, de part et d'autre de la ligne médiane, contre la paroi abdominale postérieure à laquelle ils sont reliés par un court méso.

Ces organes sont rétropéritoniaux et constitués chacun d'une série de canalicules débouchant dans un canal collecteur qui est le canal de Wolf. Le canal de Muller, son homologue féminin, parti du bord externe du corps de Wolf, descend à l'extérieur du canal de Wolf, puis, croise ce dernier et rejoint la ligne médiane pour aboutir sur le tubercule Mullérien, entre les deux points d'abouchement des canaux de Wolf.

L'ensemble qui forme le canal de Wolf et le canal de Muller est appelé cordon uro-génital. Il est relié au péritoine par le méso-urogénital.

La gonade qui fait saillie sur la face antéro-interne du corps de Wolf est elle-même reliée au péritoine recouvrant ce dernier par le Mésovarium.

Deux ligaments partent du corps de Wolf vers les organes voisins : le ligament diaphragmatique à son extrémité supérieure et le ligament inguinal à son extrémité inférieure. Ce dernier aboutit à la paroi abdominale où il se termine entraînant un diverticule péritonéal appelé canal de Nuck chez la femme et s'oblitérant nor-

malement vers le 8ème mois. Ce ligament contient des fibres lisses qui forment le gubernaculum de Hunter, chez l'homme.

Le cordon uro-génital croise le ligament inguinal et, à leur point de rencontre, existe une certaine adhérence.

Un peu après le 3ème mois de la vie intra-utérine, alors qu'il a une longueur de 60 mm environ, l'embryon subit sa différenciation sexuelle : elle va se traduire, dans le sexe féminin, par le développement des dérivés Mulleriens et l'involution des dérivés Wolfiens.

Au cours de cette évolution, le canal de Muller va avoir deux destinées différentes, selon que l'on considère les portions sus ou sous jacentes au croisement avec le ligament inguinal. La portion supérieure donnera naissance à la trompe de Fallope, alors que la portion inférieure de ce canal va s'unir, de bas en haut, à la portion correspondante du canal opposé pour former l'utérus et le vagin. Un arrêt à un stade quelconque de cette soudure entraînera des malformations utérines et vaginales.

La descente, ou plutôt la migration des ovaires, car le premier terme ne semble pas tout à fait exact, comme nous le verrons plus loin, aboutit à leur pénétration, vers le 10ème mois de la vie, dans le petit bassin puis à leur installation dans la fossette ovarienne à la fin de la première année de la vie.

Au cours du trajet, la trompe, l'ovaire et le corps de Wolf atrophié entraînent avec eux leurs mésos.

L'atrophie du corps de Wolf provoque certaines modifications de ces mésos : le méso-salpinx qui relie la trompe à la paroi abdominale se trouve alors formé, d'arrière en avant, par la juxtaposition du méso du corps de Wolf, puis les deux feuillets du péritoine recouvrant les restes du corps de Wolf et enfin le méso-uro-génital.

Le ligament diaphragmatique devient le ligament lombo-ovarien.

Le ligament inguinal, lui, donne naissance à deux ligaments différents : la portion sus-jacente au croissement avec le canal de Muller donne le ligament utéro-ovarien, la portion sous-jacente, le ligament rond.

La présence de ce ligament rond détermine dans la paroi abdominale antérieure un trajet qui est le futur canal inguinal, normalement occupé, chez l'adulte, par la seule insertion de ce ligament et de son pédicule nourricier.

Si nous avons préféré le terme de migration à celui de descente des ovaires, c'est parce-qu'il semble bien que celle-ci ne soit que relative et due en fait à une différence de vitesse du développement.

En effet, le corps de Wolf et les cordons urogénitaux soudés à leur partie inférieure et au fond de la cavité pelvienne subissent un accroissement de taille moins rapide que celui de l'ensemble de la paroi postérieure du corps.

Si, dans le sexe masculin, les testicules descendent vraiment, attirés par la rétraction des fibres du gubernaculum de Hunter inclus dans le ligament inguinal, au contraire, les ovaires ne sont que faiblement reliés à la paroi abdominale antérieure. Aussi, lors de l'accroissement en hauteur du petit bassin, ils restent fortement fixés par l'intermédiaire des canaux de Muller au plancher pelvien et semblent descendre ...

On peut considérer de façon schématique que l'ectopie du testicule est un défaut de migration, alors que celle de l'ovaire est un excès de migration.

Cependant, si normalement, le ligament inguinal ne participe pas à la migration de l'ovaire, des altérations embryologiques peuvent modifier son adhérence sur le canal de Muller et donc, sa division en deux ligaments (utéro-ovarien et ligament rond). Nous verrons, lors de

l'étude de la pathogénie, comment certaines anomalies de cette évolution peuvent être à l'origine d'une hernie de l'ovaire.

RAPPEL ANATOMIQUE

Les ovaires, d'abord verticaux puis horizontaux vers le 8ème mois, redeviennent verticaux après la naissance, ceci en raison des variations de la paroi latérale de l'excavation pelvienne qui se développe d'abord en largeur puis en hauteur.

L'ovaire normal présente une coloration gris jaunâtre et une surface qui, lisse durant la vie intra-embryonnaire, devient ensuite plus irrégulière. Il se trouve dans la partie postérieure de l'excavation pelvienne en avant du rectum et en arrière de la trompe et du ligament rond.

L'ovaire gauche est en principe plus antérieur que le droit. Chaque ovaire a deux faces : interne et externe, deux bords : antérieur et postérieur, et deux pôles : supérieur et inférieur. Il est en rapport du côté interne et en arrière avec la trompe et, du côté externe avec la paroi abdominale qui présente à ce niveau une fossette, la fossette ovarienne.

Le pôle supérieur est en rapport avec l'uretère et le nerf obturateur ainsi qu'avec la trompe, relié à lui par le ligament tubo-ovarien.

Le pôle inférieur est prolongé par le ligament utéro-ovarien. Par ses bords l'ovaire enfin est en rapport, en avant, avec le ligament large auquel il est relié par le mésovarium contenant les vaisseaux et les nerfs de l'ovaire, et, en arrière, avec la trompe de Fallope, l'uretère et l'intestin grêle.

- Moyens de fixité -

L'ovaire est, en principe, relié aux organes voisins par quatre ligaments, mais qui sont, en fait, de valeur fixatrice très inégale. Le ligament utéro-ovarien et le ligament tubo-ovarien que nous venons de mentionner ne semblent avoir que très peu de valeur pratique.

Par contre, le méso-varium et le ligament lombo-ovarien jouent un rôle certain dans la statique de l'ovaire - le premier, partie du ligament large dont il constitue l'aileron postérieur et lieu de passage des vaisseaux et nerfs de l'ovaire rend ce dernier solidaire de l'utérus - le second maintient l'ovaire contre la paroi de l'excavation pelvienne.

PATHOGENIE

Lorsqu'on recherche le mécanisme qui peut expliquer la migration excessive de l'ovaire un rapprochement peut être fait avec la migration du testicule, normale celle-là. Ces deux phénomènes semblent avoir, en réalité, peu de points communs.

En effet, d'une part, le testicule est rétro-péritonéal alors que l'ovaire est, lui, intra-péritonéal et, d'autre part, le testicule entraîne avec lui normalement le canal péritonéal vaginal, alors que l'ovaire, pour devenir ectopique, emprunte le trajet d'un canal anormalement demeuré perméable, le canal de Nuck.

Enfin, comme nous l'avons vu lors de notre rappel embryologique, il y a une différence dans le mécanisme par lequel l'un ou l'autre descendent dans le petit bassin.

La hernie de l'ovaire est donc conditionnée d'abord par la présence d'un canal de Nuck, resté perméable. Mais il faut, de plus, une cause qui entraîne l'ovaire dans ce canal.

Les auteurs américains ont proposé le mécanisme de la hernie par glissement que BECK (3) définit comme suit : "une hernie où le méso de l'élément contenu dans le sac constitue une portion de celui-ci".

ARNHEIM (1) donne un rôle prépondérant à l'action du ligament large. Il pense que c'est lui qui est entraîné le premier vers l'orifice inguinal et que les organes génitaux ne font que le suivre.

Mais ce sont les auteurs italiens qui semblent se rapprocher le plus de la solution de ce problème en

invoquant des altérations embryologiques - MADERNA (16) cite LUSSANA (15), selon lequel ce serait par altérations embryologiques du ligament inguinal, une disproportion entre le ligament utéro-ovarien plus long que normalement et le ligament rond plus court. Ce fait cité par COSENTINO (7) explique, selon lui les hernies où l'utérus précède l'ovaire dans le sac herniaire.

Pour expliquer la hernie de l'ovaire et de la trompe sans présence de l'utérus, ces auteurs supposent une altération de l'adhérence qui unit le canal de Muller au ligament inguinal, à leur point de croisement ; et par l'insuffisance ou le défaut de cette adhérence, l'action du ligament inguinal s'exerce directement sur l'ovaire et l'entraîne vers l'orifice du canal de Nuck.

En ce qui concerne l'origine de cette malformation ligamentaire DONALD (9) propose des perturbations hormonales, opinion qui est reprise par MASSOT et MATHON (17) qui pensent que certaines thérapeutiques subies pendant la grossesse pourraient en être rendues responsables.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le terme de "hernie de l'ovaire" a déjà été critiqué par les auteurs américains qui, à la suite de C. DONALD (9) distinguent deux formes anatomo-pathologiques:

- 1°/ - D'un côté, *les hernies "vraies"*, dans lesquelles on ne retrouve que l'ovaire seul ou avec l'épiploon, l'intestin grêle,

- 2°/ - D'un autre côté, *les ectopies inguinales* de l'ovaire, dans le sac desquelles on retrouve, outre l'ovaire, la présence de la trompe, sans jamais constater celle de l'intestin ...

Dans le premier cas, la cause de la hernie est la poussée abdominale et la persistance d'un sac herniaire, comme dans une hernie inguinale banale.

Dans le deuxième cas, ces auteurs font intervenir la brièveté du ligament inguinal dû à un dérèglement hormonal.

MASSOT et MATHON (17) qui classent leurs 55 observations selon ces critères trouvent 54 ectopies pour 1 seule hernie. Selon ces auteurs, le fait que la hernie soit irréductible par la présence d'un anneau inguinal ayant un diamètre étroit et qu'il faudra donc débrider pour réintégrer l'ovaire est un caractère de plus qui différencie l'ectopie de la hernie.

Quant à HUET (12) qui publie une thèse sur ce sujet à PARIS en 1961 - il nie même l'existence de la hernie "vraie" de l'ovaire. Il conclut, après étude de 53 observations, à l'inexistence de la hernie "vraie" qu'il

faudrait plutôt définir, d'après lui, comme une "ectopie de l'ovaire associée à une hernie inguinale".

Il semble, en effet, que, d'une part, les hernies "vraies" sont beaucoup plus rarement constatées que les ectopies, comme le montrent WAKELEY (27) 17 ectopies sur 18 observations et MAYER et TEMPLETON (18) 138 ectopies sur 195 observations. HUET (12) affirme l'ectopie dans 36 cas sur 47. Quant aux 11 cas "douteux" ce sont :

- 2 cas où les sacs sont vides, mais il suffit à l'opérateur (Pr. BARCAT) de tirer légèrement sur le ligament inguinal pour voir apparaître l'ovaire et la trompe.

- 6 cas où l'ovaire est seul dans le sac sans la présence de l'intestin. Mais, dans un cas le toucher rectal a perçu la corde des annexes (signe de BARCAT).

  dans un cas l'ovaire était arrivé jusqu'à la grande lèvre, ce qui ne se conçoit guère sans une ectopie ...

  dans un cas, enfin, l'ovaire adhérait au sac et dût être libéré, ce qui affirme l'ectopie selon l'auteur.

- 3 cas où l'ovaire est seul dans le sac mais avec entérocèle à l'examen clinique, ce qui, aux dires des auteurs anglo-saxons, répond parfaitement à la définition de la hernie "vraie".

Mais là encore HUET (12) refuse cette définition, prenant comme argument une autre observation dans laquelle outre l'intestin, on trouve dans le sac, non seulement l'ovaire mais encore la trompe et tous ses mésos, ce qui fait rentrer ce cas dans les ectopies ... L'auteur en conclut que la présence de l'intestin dans le sac n'est pas un argument contre l'ectopie.

Les 6 cas restant (dans le total de 53 observations de HUET) sortent du cadre des ectopies de l'ovaire puisqu'il s'agit :

- d'une hernie de la trompe,
- d'une hernie de l'ovaire, de la trompe et d'une partie de l'utérus,
- d'une hernie d'un testicule féminisant,
- et, enfin, de 3 cas non opérés.

Fréquence -

MASSOT et MATHON (17) isolent 55 cas de hernie de l'ovaire sur 328 hernies inguinales de la fillette, ce qui fait 17 %.

HUET (12) note 39 cas sur 140, ce qui fait 27 %.

Nous-mêmes avons trouvé 7 cas de hernie de l'ovaire sur un total de 191 hernies inguinales de la fillette dont la plus grande partie dans le service du Professeur VIRENQUE à l'hôpital Purpan de TOULOUSE entre 1920 et 1962. Ceci correspond à environ 3,5 %. Il est très probable que beaucoup de hernies de l'ovaire sont méconnues et qu'une recherche systématique apporterait des chiffres plus élevés. Il est intéressant de noter que deux kystes du canal de Nuck ont été trouvés dans le service pendant la même période, ce qui fait une fréquence de 1 %.

Les hernies de l'ovaire sont cependant plus fréquentes que celles de la trompe seule ou de l'utérus associé aux annexes comme l'a montré ARNHEIM (1) :

- 14 cas de hernie des annexes,
- 11 cas de hernie de l'utérus seul ou associé aux annexes,
- 3 cas de hernie de la trompe seule.

G. PESSEREAU (21) dans un article sur les hernies des organes génitaux internes féminins cite PUECH qui trouve : 4 hernies de la trompe sur 104 hernies ovariennes ou tubo-ovariennes et BROSBY qui réunit dans la littérature en 1938, 390 hernies des annexes ou de l'ovaire seul pour 91 hernies contenant l'utérus et 80 hernies de la trompe seule.

Pour notre part, nous n'avons pas rencontré un seul cas de hernie de la trompe ou de hernie de l'utérus, ce qui ne saurait étonner.

- Côté .

En ce qui concerne le côté de la hernie, MAYER et TEMPLETON (32) donnent les pourcentages suivants :

41 % à droite
49 % à gauche
10 % bilatérale

MASSOT et MATHON (17) trouvent des chiffres assez différents :

62 % à droite
28 % à gauche
mais aussi 10 % bilatérale

HUET (12) :

60 % à droite
32 % à gauche
et 8 % bilatérale

Nous même avons trouvé sur 191 hernies banales et en dehors d'un certain nombre de cas où le compte-rendu opératoire n'indiquait pas le côté de la hernie :

53 hernies bilatérales
39 hernies gauches
72 hernies droites

Sur les 7 hernies de l'ovaire, il y avait :

2 hernies de l'ovaire à gauche, soit 30 %
5 hernies de l'ovaire à droite, soit 70 %
pas de hernie bilatérale.

Ces pourcentages coïncident bien avec ceux de MASSOT et MATHON (17) et de HUET (12).

- *Age des petites malades* :

  - Selon MAYER et TEMPLETON (18) 46 % surviennent chez des enfants de moins de 2 ans,

  - Selon WAKELEY (27), 63 % avant 2 ans,

  - Selon MASSOT et MATHON (17), 89 % avant 2 ans,

  - Selon HUET (12) enfin, 94 % avant 2 ans.

Dans notre modeste série de 7 cas, nous relevons 4 enfants de moins de 2 ans et 3 de plus de 2 ans.

Mais, comme nous l'avons déjà dit plus haut et BANCROF (2) l'avait écrit à propos des statistiques de MAYER et TEMPLETON (18), il est très probable que beaucoup de hernies de l'ovaire passent inaperçues.

A l'appui des pourcentages des auteurs les plus récents, il faut bien admettre qu'il est plus normal de trouver un grand nombre de hernies de l'ovaire aux environs de la première année, alors que cet organe n'a pas encore rejoint sa place définitive dans le petit bassin.

LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Nous distinguerons les formes simples et les formes compliquées :

I) - *DIAGNOSTIC DES FORMES SIMPLES*

Le tableau clinique de la hernie ovarienne, non compliquée, a déjà été très bien décrite par BILLARD(4) en 1837 : il définit la hernie comme une petite masse ovoïde, indolore, de consistance ferme, mobile, située à l'orifice externe du canal inguinal, quelquefois dans la grande lèvre.

Le plus souvent, cette hernie est irréductible (36 fois sur 46, pour MASSOT et MATHON (17) et ceci en dehors de toute complication, et 28 fois sur 39, pour HUET (12).

Le toucher rectal permet, en principe, la perception d'une "corde" tendue de l'utérus au canal inguinal, cette corde étant constituée par les annexes. Ceci est le signe de BARCAT, d'une grande valeur s'il est présent, malheureusement assez inconstant. Nous ne l'avons constaté nous-même qu'une seule fois. Cependant, HUET (12), assure qu'il n'est pas recherché avec suffisamment de soin. Selon cet auteur, l'opérateur doit être placé du côté de l'ectopie, et le toucher doit être effectué avec l'index, plutôt qu'avec l'auriculaire ; le doigt devra franchir le défilé recto-sigmoïdien, puis se replier en avant, sentir la saillie de l'utérus ; il remonte alors vers le pôle supérieur où il pourra percevoir un cordon transversal du côté de l'ectopie, comme permet de le préciser le palper abdominal simultané.

Le diagnostic de ces formes simples :

Il est en principe facile : on peut éliminer d'a-

bord, devant une tuméfaction réductible, une hernie inguinale banale, qui est impulsive au cri, et se réduit avec un gargouillement, de plus elle peut être accompagnée de troubles du transit. Cependant, dans le cas où la hernie de l'ovaire est associée à une hernie inguinale banale, ce sont les signes de cette dernière qui apparaissent au premier plan, et l'ovaire ne sera souvent qu'une découverte opératoire.

Par contre, si la tuméfaction constatée n'est pas réductible, le diagnostic d'adénopathie devra être éliminé par la recherche de signes inflammatoires de la porte d'entrée, et par le fait, qu'elle est située plus bas et plus superficielle.

Le diagnostic de kyste du canal de Nück, bien que relativement plus rare, ne doit pas être négligé : nous avons en effet relevé un kyste du canal de Nück pour 3 hernies de l'ovaire.

La ponction a été proposée comme moyen de diagnostic, elle risque cependant de provoquer une hémorragie de l'ovaire comme l'ont constaté MASSOT et MATHON (17). Enfin, le kyste du canal de Nück a une fixité relative par rapport à la mobilité de l'ovaire.

II) - *DIAGNOSTIC DES FORMES COMPLIQUEES*

Tous les auteurs sont d'accord sur le fait qu'une complication domine de beaucoup : la torsion des annexes.

- MAYER et TEMPLETON (18) rencontrent 40 torsions des annexes, sur 195 cas,
- Madame MENARD (19), 4 sur 6 cas,
- MADERNA (16), 66 sur 126 cas,
- HUET (12), enfin 5 sur 52 cas.

Nous-même, avons rencontré 2 torsions sur 7 cas (observations n° 6 et n° 7).

Au sujet du mécanisme de cette torsion, deux théories s'affrontent, toutes deux citées par MADERNA(16) :

- Selon SCHNIZLER, la torsion des annexes se produirait durant le trajet, à l'intérieur du canal inguinal, dans l'excavation, par suite d'une résistance inégale des parois du canal à la progression de l'ovaire.

- Selon PAYR, la torsion serait dûe à un phénomène vasculaire par compression des vaisseaux du pédicule au niveau de l'anneau inguinal et stase veineuse ; les veines ayant un trajet hélicoïdal, entraîneraient alors la torsion des annexes autour de leur axe. Cet argument nous paraît peu valable car nous savons que les veines de l'ovaire sont rectilignes, à la différence des artères qui sont hélicines.

Au point de vue clinique, deux cas peuvent se présenter :

- Ou la hernie de l'ovaire est déjà connue, et le diagnostic est relativement facile, devant une tuméfaction ayant augmenté de taille, qui est devenue douloureuse, fixée, d'allure inflammatoire et absolument irréductible.

Il est probable que les tentatives de réduction par taxis favorisent le risque de torsion, ainsi que le port d'un bandage qui peut comprimer l'ovaire.

- Ou la hernie de l'ovaire est découverte à l'occasion de cette complication, le diagnostic devra alors éliminer :

  - d'abord une adénite aiguë, qui est en principe plus fébrile, qui a un siège plus bas situé, et à laquelle on recherche une porte d'entrée.

Une de nos observations montre les difficultés que pose quelquefois ce diagnostic différentiel :

"Monique D..., 12 mois, aurait présenté des signes d'étranglment herniaire, traité par taxis par le médecin traitant.

Quelques jours après, elle présente une tumeur inguinale droite, douloureuse, dure, peu mobile avec quelques signes inflammatoires discrets. On discute

le diagnostic d'une adénopathie inflammatoire, mais aucune porte d'entrée n'est apparente et la masse est trop haut pour une adénopathie inguinale et trop superficielle pour une adénopathie rétro-crurale. Le diagnostic de hernie de l'ovaire avec torsion des annexes est suspecté, mais l'intervention est refusée par la famille. L'enfant est soumise aux antibiotiques et reprise peu après par la famille".

L'intervention n'ayant pas été acceptée et donc la preuve de la présence de l'ovaire n'ayant pû être donnée, nous n'avons pas compté, bien entendu, cette observation parmi nos cas de hernies de l'ovaire.

. Ensuite, une hernie inguinale banale étrangée : ici, les troubles digestifs et notamment vomissements et arrêt du transit, sont nets. L'état général est, en principe, plus rapidement touché.

La notion de fréquence, en fonction de l'âge, semble avoir aussi son importance.

RUYNAT (24), dans sa thèse sur les étranglements de l'ovaire et de la trompe, dans les hernies inguinales du nourrisson, assure, en ce qui concerne les nourrissons de moins de 1 an, qu'"une fois posé et affirmé, le diagnostic d'étranglement herniaire inguinal, nous nous croyons autorisés à penser qu'il s'agit, dans presque totalité des cas, d'un étranglement annexiel".

A l'appui de cette opinion, RUYNAT (24) cite sa statistique personnelle portant sur 149 hernies inguinales étranglées et opérées et concernant des sujets de tous âges. Il n'a constaté aucun cas de hernie à contenu intestinal, chez la fillette de moins de 1 an, et par contre, a relevé 7 observations d'étranglement tubo-ovarien ; il faut noter, cependant, que c'est seulement dans 4 de ces cas qu'il existe une torsion vraie des annexes, les autres n'étant que des strictions.

Bien entendu, le signe de BARCAT est toujours, si on peut le mettre en évidence, d'une très grande valeur

dans ce cas là aussi.

Le problème le plus difficile reste celui de l'association d'une hernie banale avec une hernie des annexes: la symptomatologie pourra dans ce cas être celle de toute hernie inguinale contenant de l'intestin avec notamment des signes digestifs au premier plan.

Cependant, il est des cas où seule la hernie inguinale associée est étranglée, sans que l'ovaire soit tordu, comme dans notre observation suivante (n° 3) :

" Simone, 4 ans, se présente avec le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée, douleurs depuis 2 heures. Nausées. Ventre plat et souple, pas de température - toucher rectal négatif. Aucun taxis n'est pratiqué.

Intervention : à l'ouverture du sac herniaire on trouve l'épiploon fixé ; une anse grêle au niveau du collet ; ovaire et trompe libres dans le sac,mais adhérence entre la trompe et l'épiploon.

L'interrogatoire n'a pas permis de savoir si la hernie de l'ovaire existait avant ".

Si la torsion se produit avec infarcissement des annexes, il semble bien que la résection soit la seule conduite à tenir, malgré l'emploi du sérum chaud, de la novocaïne. Seuls, parmi les auteurs, MAYER et TEMPLETON (18) et RUYNAT (24), signalent chacun un cas de "récupération des annexes tordues après emploi de cette méthode.

Encore peut-on raisonnablement émettre un doute sur l'avenir fonctionnel de ces "récupérations", notamment en ce qui concerne la perméabilité de la trompe.

Il est probable que, de même que pour les torsions du testicule, le pronostic de ces torsions de l'ovaire et de la trompe est très défavorable, pour ce qui est de la fonction exocrine. L'espoir de conserver la fonction endocrine nous a fait cependant préférer une position conservatrice. On peut raisonnablement penser que la sténose tubaire est plus à redouter, en tous cas plus

souvent que l'apoplexie ovarienne irrémédiable.

Dans la plupart des cas cités dans la littérature, l'incarcération intestinale semble avoir favorisé la torsion des annexes, aussi est-il prudent d'intervenir chirurgicalement d'urgence dans le cas d'étranglement herniaire.

Les autres complications sont en fait très rares :

- La dégénérescence kystique de l'ovaire cité par HUET (12) (un cas) pourrait être en relation avec la cause hormonale dont nous avons déjà parlé, ou, avec un trouble circulatoire. Nous-même en avons rencontré également un cas (observation n° 7).

- La dégénérescence fibreuse ; MASSOT et MATHON (17) en ont cité un cas lors d'une récidive post-opératoire, la seule d'ailleurs que nous ayons relevé dans la littérature.

- La dégénérescence maligne : elle est excessivement rare.

Ultérieurement c'est le risque d'oblitération tubaire avec toutes ses conséquences pour l'avenir génital qui devra déterminer le comportement en matière de thérapeutique.

FORMES CLINIQUES -

Nous insisterons sur 2 formes :

1° - les hernies bilatérales de l'ovaire,

2° - les associations à d'autres malformations.

1° - L'existence de *hernies bilatérales de l'ovaire* est parfaitement logique étant donné la pathogénie de cette affection ; la plupart des auteurs ont trouvé une fréquence de 1 sur 10 ; il a été constaté que les malformations utérines y sont plus souvent rencontrées que dans les formes unilatérales, ce qui s'accorde aussi avec les conceptions pathogéniques. D'autre part, la présence de gonades anormales a été signalée, dans le cas par exemple,

cité par HUET (12) sur un total de 4 hernies bilatérales.

L'attention de l'opérateur ayant été attirée au moment de l'intervention, par l'absence de trompe et l'aspect lisse de "l'ovaire", une biopsie et un examen histologique sont pratiqués dont la conclusion est la suivante : testicule immature, vraisemblablement malformé".

La recherche du sexe chromatinien devait être pratiquée ultérieurement.

2° - *Hernies de l'ovaire associées à des malformations génito-urinaires.*

Ici aussi, les auteurs sont d'accord pour penser que la recherche systématique de ces malformations est nécessaire et qu'elle donnerait des chiffres assez élevés.

MAYER et TEMPLETON (18), observèrent sur leurs 195 observations :

3 cas avec malformation rénale
14 cas avec malformation génitale
et 2 cas avec malformation des 2 systèmes.

Les malformations génitales les plus fréquentes sont l'utérus bicorne, et l'absence d'utérus ou de vagin - ceci semble bien correspondre aux hypothèses pathogéniques que nous avons déjà exposées, étant donné le rôle primordial que joue le trouble d'insertion du ligament rond qui, en attirant le canal de Müller, peut très bien diminuer ou supprimer sa jonction avec son homologue du côté opposé.

MASSOT et MATHON (17) recommandent la biopsie au moindre doute sur l'aspect des glandes génitales et HUET (12) l'urographie intra-veineuse associée à un examen soigneux par le toucher rectal ainsi que la dilatation de l'orifice inguinal pendant l'intervention, ceci pour vérifier l'implantation de la trompe sur l'utérus.

THERAPEUTIQUE

Comme pour toute hernie, nous ne pouvons envisager que deux sortes de thérapeutiques : le bandage et l'intervention chirurgicale.

" Le bandage herniaire, logique si la hernie est réductible, ne l'est pas si elle est irréductible, car il comprime la glande, appuie sur le pédicule nourricier et favorise la torsion et l'atrophie.

Toute hernie de l'ovaire chez la fillette, doit être opérée quel que soit l'âge en raison du danger d'étranglement et surtout de torsion des annexes" (VIRENQUE et collaborateurs (26)).

Cette opinion était déjà celle de BANCROFT (2), en 1945 et après lui, de MASSOT et MATHON (17) et de HUET (12). Ce dernier auteur essaya, à deux reprises, un bandage avant l'intervention mais dût finalement recourir à la chirurgie.

De toutes façons, l'indication opératoire est impérieuse lorsque la hernie n'est pas réductible et elle devient une urgence absolue dans deux circonstances :

l'incarcération intestinale

et la torsion des annexes.

1ère Méthode : LE BANDAGE

Donc le port d'un bandage ne pourra être accepté que dans le cas de hernie facilement réductible, intermittente et pendant une certaine période d'observation, sous surveillance médicale régulière; sachant que le port même du bandage peut être la cause d'une com-

pression de l'ovaire et d'une torsion des annexes.

En conclusion, nous dirons que le fait de proscrire le bandage dans le traitement des hernies de l'ovaire est tout à fait logique puisque ces hernies sont en fait des ectopies et que l'on sait le danger que représente le bandage de toute ectopie, du testicule par exemple.

2ème Méthode ***LA CHIRURGIE -- LA TECHNIQUE OPERATOIRE***

L'intervention se fera sous anesthésie générale, et l'on pratiquera la voie d'abord qui est celle de la hernie inguinale ; on procède alors à l'ouverture du sac et à la découverte de son contenu.

On fait alors l'examen des adhérences entre les éléments du sac et ses parois. Le stade suivant consiste en la réintégration de l'ovaire et de son pédicule nourricier, et on peut se heurter à deux sortes de difficultés:

- Dans de très nombreux cas, correspondant à ce que les auteurs Américains appellent les ectopies de l'ovaire, ce dernier s'est développé en dehors du canal inguinal et on doit en dilater l'orifice interne pour pouvoir le réduire.

- Enfin, très souvent aussi, il est nécessaire de libérer l'ovaire qui est fixé aux parois du sac herniaire soit par le mesovarium, soit par le ligament lombo-ovarien et le ligament rond qui sont inhérents à la paroi du sac.

Pour éviter une dissection assez laborieuse et dangereuse pour les pédicules vasculaires et qui crée une surface cruentée, HILAROWICZ (11), cité par DAMBRINE (8) dans sa thèse, propose le procédé suivant de péritonisation :

" Il semble impossible de faire la réduction de l'ovaire sans son pédicule (sic) et d'isoler le sac herniaire pour l'exciser.

Mais en essayant d'attirer l'ovaire par l'incision du sac herniaire, on réussit très facilement à l'extérioriser. Le sac se renverse sur lui-même et disparaît complètement pour revêtir le pédicule de

l'ovaire, qui se forme maintenant. Les bords de la plaie sont suturés sur le pédicule créé, de telle sorte que ce pédicule est entièrement péritonisé et qu'à sa base l'ouverture conduisant dans la cavité abdominale, se trouve absolument libre. L'ovaire est maintenant mobile au bout de son pédicule et il peut être replacé dans la cavité abdominale par une faible pression. Il suffit de refermer la cavité abdominale en suturant l'ouverture par où on vient réintégrer l'ovaire".

En somme, l'interprétation de ce texte nous permet de penser que, en tirant sur la glande et en la pédiculisant on crée un ligament qui n'existait pas, et en adossant le péritoine à lui-même, on évite de laisser une surface cruentée qui pourrait favoriser la création de brides post-opératoires.

D'autre part, BOUREAU (5) propose une technique qui a le grand avantage d'éviter tout clivage et en respectant l'intégrité des annexes.

" Par une courte voie horizontale (pli abdominal inférieur) le grand oblique est incisé selon l'axe du canal inguinal ; le sac est isolé et largement ouvert à son extrémité ; les annexes sont reconnues et leur réduction est impossible ou partielle ; l'ovaire réintègre la cavité abdominale, mais la trompe reste adhérente et extériorisée. La technique proposée consiste alors à enfouir dans la cavité péritoniale, le sac herniaire et son contenu, par des bourses successives. L'extrêmité du sac est liée au fil non résorbable ; les fils sont gardés longs et servent de tracteurs.

Une première bourse au fil non résorbable, est passée à un centimètre environ de la ligature (l'aiguille sertie courbe est indispensable - les points doivent rester dans l'atmosphère sous-séreuse qui est assez résistante et ne pas transfixier la séreuse).

Les fils de ligature sont coupés et l'extrémité du sac enfouie.

La bourse est serrée, liée et les fils gardés longs

servent de tracteurs pendant le passage de la seconde bourse.

Deux ou trois bourses suffisent à enfouir la totalité du sac.

La dernière doit être passée à quelques distances de la base du sac pour assurer un enfouissement très complet au niveau de l'orifice inguinal profond et ne laisser aucun diverticule séreux, pouvant se distendre sous l'influence de la poussée abdominale.

L'enfouissement terminé, le grand oblique peut être reconstitué au fil non résorbable.

En fin d'intervention, le sac herniaire (invaginé) constitue un fin cordon de 3 à 4 cm de long, mobile dans le ventre, auquel est appendue l'annexe.

Il ne peut être à l'origine d'aucune formation kystique puisque le procédé aboutit à l'accolement de surfaces cruentées sous séreuses."

La réintégration de l'ovaire et de la trompe effectuée, le reste de l'intervention se déroule de façon banale. Cependant, le moignon du sac et surtout le ligament rond sont amarrés à la surface postérieure du conjoint. Ceci, pour assurer la statique utérine ultérieure.

Dans le cas de torsion des annexes l'intervention sera très simple : elle consistera en une annexectomie, si l'état local l'exige, après avoir élargi l'orifice inguinal pour vérifier que la cause du sphacèle est bien la torsion autour de leur axe longitudinal.

Dans les formes bilatérales, il faut examiner avec soin l'aspect des glandes sexuelles et s'assurer de la présence des trompes. L'observation de HUET, que nous avons déjà citée et dans laquelle un testicule a été trouvé lors de la cure d'une hernie bilatérale, nous montre l'intérêt de la biopsie au moindre doute.

Bien que notre statistique soit très modeste, nous avons pu faire quelques constatations opératoires :

Le collet de la hernie est très étroit et souvent inférieur au calibre de l'ovaire lui-même, argument en

faveur de la théorie de l'ectopie ; le plus souvent la réintégration abdominale de l'ovaire n'était possible que grâce au débridement de ce collet.

Ce dernier nous a paru le plus souvent déterminé, à sa partie inférieure, par le repli falciforme du pédicule lombo-ovarien ; cette constatation est encore en faveur de l'ectopie puisque outre la trompe et l'ovaire, le pédicule lombo-ovarien mous a paru anormalement externe ; le pédicule est-il là parce qu'il a suivi l'excès de migration de la glande ou parce qu'il l'a déterminé ?

Nous ne pouvons répondre.

La hernie de l'ovaire n'est pas une hernie par glissement (l'ovaire est un organe intrapéritonéal) et non accolé, la hernie de l'ovaire n'est pas acquise. Cependant une portion du sac herniaire est déterminé par le pédicule nourricier lui-même.

Nous avons été frappé de la difficulté de ligature du collet du sac en raison de l'exiguïté de la distance entre ce collet et le relief du pédicule nourricier. Cette ligature risque d'entraîner une ischémie de l'ovaire non pas tellement par une ligature maladroite de ce pédicule, mais plutôt par une compression de celui-ci par coudure du fait de la rétraction du sac péritonéal qui fronce lors de sa fermeture.

Cet argument nous paraît donner encore de la valeur à l'artifice technique proposé par BOUREAU.

CONCLUSION

A l'occasion de 7 observations personnelles et d'une revue littéraire sur ce sujet, nos conclusions sont les suivantes :

Le terme de hernie de l'ovaire est consacré par l'usage mais il correspond très rarement à la réalité, au moins chez l'enfant.

La hernie de l'ovaire est une hernie inguinale banale contenant entre autre l'ovaire (1 cas). Le plus souvent il s'agit d'une ectopie de l'ovaire et de ses annexes (6 cas) à travers l'orifice du canal inguinal.

L'ectopie intéresse l'ovaire, sa trompe, le pédicule lombo-ovarien.

Le mécanisme de l'ectopie, encore obscur, semble lié à une anomalie du développement embryologique du ligament inguinal (brièveté du ligament rond) ou de son adhérence avec le canal de Muller (défaut d'adhérence et traction directe du ligament rond sur l'ovaire).

L'ectopie de l'ovaire à la différence de celle du testicule est un excès de migration.

L'ectopie de l'ovaire s'observe le plus souvent chez le nourrisson ou dans le premier âge. C'est une tumeur inguinale de la grande lèvre, le plus souvent irréductible. La perception au toucher rectal de la corde des annexes (signe de BARCAT) est un signe inconstant mais pathognomonique.

L'association d'autres malformations génitales ou rénales a été plusieurs fois mentionnée ; leur recherche systématique est prudente dans le cas d'ectopie bilatérale.

Cette annexe ectopique se tord assez fréquemment (2 cas) pouvant compromettre définitivement la perméabilité tubaire et la fonction endocrine de l'ovaire, nécessitant même parfois l'annexectomie d'une annexe infarcie.

Si au point de vue pathogénique, l'ovaire et le testicule parviennent à la position ectopique par des mécanismes différents, la thérapeutique et l'importance de la décision chirurgicale sont, dans les 2 cas, similaires.

Si une hernie de l'ovaire réductible peut être appareillée par bandage, l'ectopie irréductible de l'ovaire implique une sanction chirurgicale rapide.

Le traitement chirurgical se heurte à des difficultés de réintégration de l'annexe dans la cavité abdomicale, car l'ectopie de l'ovaire est toujours associée à celle de son pédicule qui détermine souvent le collet du sac. Divers artifices techniques permettent cette réintégration sans compromettre la vitalité de l'ovaire et de sa trompe.

Vu :
Le Président
de Thèse,
VIRENQUE

Vu :
Le Doyen,
LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 15 Novembre 1962

Le Recteur,
Président du Conseil
de l'Université

DOTTIN

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 -

Annie ....., 26 mois, présente depuis la naissance une petite masse de consistance ferme, indolente, allongée dans le sens du canal inguinal gauche, légèrement mobile, mais incomplètement réductible.

Elle n'a présenté aucune douleur, aucun trouble digestif.

Le diagnostic de hernie de l'ovaire est évoqué : le toucher rectal ne montre pas à gauche le signe de la corde des annexes.

A l'intervention (Professeur agrégé PASQUIE), l'ovaire et la trompe sont libres dans le sac, l'irréductibilité est due au collet qui ne laisse pas passer l'ovaire. Il doit être débridé pour permettre la réintégration.

OBSERVATION N° 2 -

Pascale ....., 11 mois, présente depuis la naissance une masse dans le canal inguinal gauche. Le diagnostic de kyste du canal de Nück a été porté et l'abstention opératoire conseillée.

L'enfant présente, il y a 10 jours, deux vomissements, des cris et des pleurs inhabituels et le lendemain la mère constate une augmentation très nette de la masse inguinale devenue sensible au palper, mais ne s'alarme que plusieurs jours plus tard.

L'examen montre la présence, au devant du canal inguinal à gauche, d'une masse très ferme, de la taille d'une petite fève, parfaitement mobile, un peu sensible mais non complètement réductible. Cette masse est haute, analogue à la position récurrente d'un testicule ectopique. L'essai de réduction paraît douloureux.

Le diagnostic de hernie de l'ovaire avec soupçon de torsion subaiguë de l'annexe est porté et l'indication opératoire posée (Dr. GAUBERT). A l'ouverture du sac, présence de l'ovaire et de la trompe gauche. Le collet est étroit et déterminé par le repli formé par le ligament lombo-ovarien qui se recourbe pour atteindre le pavillon de la trompe. On est surtout frappé par la taille de l'ovaire, anormalement gros pour cet âge et par son aspect dépoli, jaunâtre. La cure de la hernie est banale, la fermeture du sac étant rendue difficile par la réflexion du ligament lombo-ovarien.

OBSERVATION N° 3

Simone ....., 4 ans, présente depuis deux heures des nausées.

On note une hernie inguinale droite étranglée, douloureuse et irréductible. Le ventre est plat et souple, le toucher rectal est négatif, il n'y a pas de température.

L'indication opératoire est portée sans essai de taxis (Professeur Agrégé PASQUIE).

A l'ouverture du sac, on trouve, outre une frange épiploïque fixée et coudant une anse grêle au niveau du collet, l'ovaire et la trompe dont les franges sont étirées ; les annexes sont libres dans le sac, mais il existe une adhérence entre la trompe et l'épiploon. On pratique la resection de la frange épiploïque, la réintégration de l'ovaire, la cure de la hernie.

Il s'agit donc d'une hernie inguinale étranglée, à type de pincement latéral, associée à une hernie de l'ovaire reconnue à l'intervention, sans torsion des annexes et sans que celles-ci jouent le rôle d'agent d'étranglement.

OBSERVATION N° 4 -

Eliane ....., âgée de 8 ans, présente une hernie inguinale bilatérale et une hernie ombilicale. Elle est hospitalisée dans le service de chirurgie infantile (Professeur VIRENQUE) à Purpan, le 22 Juillet 1955.

Examen clinique : Petites hernies réductibles, impulsives à la toux, indolores. Orifices inguinaux externes dilatés.

Intervention le 24 Juillet 1955 (Dr. GAUBERT)

Compte-rendu opératoire

1°/ - hernie inguinale droite
- cure par incision inguinale
- sac peu volumineux contenant trompe et ovaire droit
- ligature, section, fermeture pariétale en deux plans.

2°/ - hernie inguinale gauche
- même technique
- sac plus volumineux, deshabité
- suites : rien à signaler.

OBSERVATION N° 5 -

Marie-Louise M...., âgée de 7 ans, présente une hernie inguinale double.

Compte-rendu opératoire de l'intervention pratiquée le 10 Octobre 1933 dans le service de chirurgie infantile à l'hôpital de la Grave (Professeur VIRENQUE) :

1°/ - du côté droit : présence dans le sac de l'ovaire et de la trompe adhérente au sac (la petite malade est arrivée dans le service avec sa hernie étranglée). Fermeture du sac : cure radicale.

2°/ - du côté gauche : cure radicale.

OBSERVATION N° 6 -

Claudine M...., vue le 4 Août 1960, âgée de 1 mois.

Première constatation le 3 Août 1960
Tuméfaction de l'aîne droite
Tumeur de la taille d'une petite amande dans la grande lèvre droite, mobile, douloureuse
Perception d'un pédicule à l'orifice profond du canal inguinal
Signe positif de la corde des annexes à droite
Pas de vomissement - selle normale ce matin
Pas de lésion cutanée, ni de porte d'entrée (cuisse, fesse) : diagnostic d'adénite aiguë écartée
Diagnostic pré-opératoire : hernie de l'ovaire étranglée
Intervention d'urgence.

- *Compte-rendu opératoire* (Dr. GAUBERT)

Incision inguinale droite
Découverte d'un sac dont le collet est très étroit
Ouverture du sac à son sommet
Réaction liquidienne, volvulus de l'annexe droite qui est tournée dans le sens contraire des aiguilles d'une montre. Détorsion facile.
Pas de lésion macroscopique.
Le collet est déterminé par le pédicule nourricier auquel l'annexe est amarrée de très court.
Tentative prudente et infructueuse d'élargissement du collet à la pince. On doit cliver le pédicule lombo-ovarien du péritoine pariétal et on peut alors débrider le collet.
Fermeture et résection du sac
Plan pariétal
Surjet de catgut sur la peau.

OBSERVATION N° 7 -

Suzanne ...., âgée de 45 jours.

Antécédents : née dans des conditions normales - aucune maladie de la mère pendant la grossesse.

Deux autres enfants, dont une fille normale.

- *Première constatation* le 8/11/1962 par la mère.
- Aucune hernie n'avait été constatée à la naissance.
- Existence d'une tumeur inguinale droite, dans la grande lèvre, douloureuse, mobile, ayant la taille d'une petite amande, irréductible.
- Tentative de réduction très douloureuse provoquant des cris.
- Perception d'un "pédicule" à l'orifice externe du canal inguinal ; sous la tumeur on sent rouler sous le doigt une petite "corde".
- Pas de signe de la corde des annexes de BARCAT.

Diagnostic pré-opératoire (Dr. GAUBERT)

Hernie de l'ovaire avec torsion possible de l'annexe.

Intervention d'urgence

- Le sac herniaire est très adhérent sur tout son pourtour au tissu cellulaire sous-cutané et au niveau de son collet, au tendon conjoint.
- A l'ouverture du sac, petite réaction liquidienne.
- L'ovaire est très long (3 millimètres), polykystique à ses deux pôles ; il est "à cheval" sur l'orifice externe du canal inguinal qui forme un collet serré et qui détermine sur le bord libre de l'ovaire une encoche profonde, témoignant de l'ancienneté de la lésion.
- Il existe une torsion de l'annexe puisque le pôle tubaire de l'ovaire est en dedans et le pôle utérin en dehors (rotation de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre).
- Le mésovarium est normal, et on ne constate aucune anomalie vasculaire.
- Le pédicule lombo-ovarien, inversé dans sa direction, ne détermine cependant pas de faux.
- La trompe a un aspect normal ; il n'y a pas d'infarcissement.
- On n'aperçoit pas l'utérus.
- L'extériorisation de l'ovaire est rendue difficile par la brièveté du ligament utéro-ovarien, très développé.

- L'orifice profond du canal inguinal doit être élargi à la pince pour permettre la réintégration des annexes dans l'abdomen.

- La fermeture du sac est facile, le pédicule lombo-ovarien n'étant pas gênant.

BIBLIOGRAPHIE

(1) - ARNHEIM E.E. et LINDER H.M.
La hernie inguinale des viscères pelviens chez les nourrissons féminins.
Am. J. Surg. Sep. 1956, *92*, n° 3, 436-440.

(2) - BANCROFT E.
Ectopie inguinale de l'ovaire.
The Journal of Pediatries 1945, *26*, 489.

(3) - BECK W.
Hernie glissante de l'ovaire - Ectopie de l'ovaire associée à des malformations génitales et urinaires.
J.A. M.A. 7 Oct. 1950, *144*, n° 6, 462-463.

(4) - BILLARD
Traité des maladies des enfants.
1837.

(5) - BOUREAU M.
Une technique de cure de la hernie inguinale de l'ovaire chez l'enfant.
Presse Médicale 1961, *69*, 1576.

(6) - CLATWORTHY H.W. et THOMPSON A.G.
Hernies étrangées et incarcérées chez les enfants.
J.A. M.A. 9 Janv. 1954, *154*, 123-126.

(7) - COSENTINO C.
Un cas rare d'utérus didelphe, trompe et ovaire dans un sac herniaire inguinal - Contribution clinique et considérations pathogéniques.
Arch. Ital. Chir. 1950, *73*, n° 4, 283-289.

(8) - DAMBRINE R.
Hernies inguinales de l'utérus et malformations génitales.
Thèse Nancy 4 Juin 1948, n° 18.

(9) - DONALD C.
Ectopie et hernie inguinale de l'ovaire - Rapport d'un cas d'ectopie congénitale de l'ovaire et de la trompe de Fallope.
Am. Journal of Surg. Janv. 1940, *47*, n° 1, 149-152.

(10) - GRAVES G.Y. et MAC IVOY D.B.
Hernie des ovaires et des trompes chez un nourrisson de 6 semaines.
Am. Jour. Dis. Child. févr. 1951, *81*, n° 2, 250-252.

(11) - HILAROWICZ
Sur l'opération de la hernie inguinale des annexes.
Zentralblatt F. Chir. 17 Nov. 1928, *55*, 2881-2884.

(12) - HUET J.C.
Les ectopies de l'ovaire chez l'enfant.
Thèse Paris 1961, n° 126.

(13) - KESLING
Hernie étranglée contenant un ovaire.
J.A. M.A. 1959, *170*, 2184.

(14) - KUNTZMANN, BLUM et MONTRIEUL
Hernie inguinale indirecte chez une fillette de 11 mois avec prolapsus des annexes droites et torsion de la trompe.
Gyn. Obs. 1947, *46*, n° 3, 408.

(15) - LUSSANA
La hernie inguinale tubo-ovarienne congénitale avec étude particulière de son embryologie.
Arch. Ital. Di. Chir. VIII, 626.

(16) - MADERNA C.
Contribution à l'étude des hernies inguinales annexielles étranglées chez le nourrisson.
Minerva Chir. 15 Juin 1958, *13*, n° 11, 651-659.

(17) - MASSOT P. et MATHON J.F.
Hernie de l'ovaire chez l'enfant.
Médecine infantile févr. 1959, *66*, n° 2, 37-41.

(18) - MAYER et TEMPLETON
Ectopie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope.
Arch. Surg. 1941, *43*, 397-407.

(19) - MESNARD J.
Contribution à l'étude de l'ectopie de l'ovaire et de la trompe chez le nourrisson.
Thèse Paris 1956, n° 491.

(20) - MONTAGNARD
Thèse Lyon 1910.

(21) - PESSEREAU G.
Hernies des organes génitaux internes féminins.
Encyclopédie Méd. Clin. 1956, n° 10, p. 2030, M.10.

(22) - RENDLE - SHORT J. et HARVARD C.
La hernie inguinale étranglée dans la 1ère année de la vie.
Relation de 45 cas.
Brit. Méd. J. 20 Mars 1954, n° 4, 863, 680-682.

(23) - ROUVIERE H.
Anatomie humaine.
Masson Editeur.

(24) - RUYNAT C.L.
A propos des étranglements de l'ovaire et de la trompe dans les hernies inguinales du nourrisson.
Thèse PARIS 1960, n° 164.

(25) - STOLL R. et MARAUD R.
Le développement de l'appareil génital féminin.
XIXè Assises Françaises de Gynécologie - 26, 27, 28 Mai 1958.

(26) - VIRENQUE J., PASQUIEM. et GAUBERT J.
Les hernies de l'ovaire.
Société de Pédiatrie de Toulouse : séance du 20 Mars 1960.

(27) - WAKELEY C.P.
Hernie de l'ovaire et de la trompe de Fallope.
Surg. Gyn. Obst. Janv. 1960, *90*, n° 1, 96-102.

(28) - WATSON L.F.
Hernies, anatomie, étiologie, symptômes.
Ed. St-Louis E.V. Mosby Company 1948 - Chap. XXXV.